LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Revue de Thérapeutique : L'hydrochinone ; sa valeur antithermique, d'après les recherches du Dr Gaetano Traversa. — **Pathologie mentale** : Le délire alcoolique et ses modalités réactionnelles, par le Dr Paul Garnier (suite et fin). — **Bibliographie** : Leçons sur la grippe de l'hiver 1890, par le professeur Grasset. — **Revue de la presse** : Centre moteur cortical laryngé. — Les diabètes glycosuriques : trois types ou espèces distinctes. — **Académie de médecine**, séance du 13 mai 1890, présidence de M. Moutard-Martin : Remèdes secrets. — Election. — Rapport sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales. — Note sur un cas de développement exagéré des organes génitaux chez une petite fille de 18 mois. — Traitement local de l'endométrite chronique. — De l'entérotomie temporaire suivie de la suture immédiate de l'intestin dans la laparotomie appliquée à l'étranglement interne. — **Société de chirurgie**, séance du 14 mai 1890, présidence de M. Nicaise : De l'occlusion intestinale. — Tumeur du mésentère. — Emploi de pulvérisations phéniquées dans le traitement de certaines affections de la mamelle. — **Société médicale des hôpitaux**, séance du 9 mai 1890, présidence de M. Dumontpallier : Traitement de la rougeole maligne par les bains froids. — L'albuminurie des morphinomanes. — Monoplégie hystérique. - De l'angine scarlatineuse précoce pseudodiphtérique. — **Société francaise d'ophthalmologie** (huitième session), séances des 5 6 et 7 mai 1890 : Traitement de la fistule lacrymale. — Valeur de l'élongation des points lacrymaux. — Paralysie essentielle et temporaire de la convergence chez les adolescents. — De l'intervention chirurgicale dans les blessures de l'œil avec pénétration de corps étrangers. Rapport. — Appareil fascinateur. — Des principaux antiseptiques employés en chirurgie oculaire et de leur action comparative. — Considérations sur le traitement de l'ulcère de cornée à hypopion. — De la cataracte secondaire au point de vue opératoire ; rapport. — La mydriase dite essentielle. — Présentation d'une malade opérée depuis sept mois d'un tubercule de l'iris. — Deux cas d'ophthalmie sympathique. — Du délire après l'opération de la cataracte. — Intervention chirurgicale dans les cyclites circonscrites et le décollement de la rétine. — Du traitement de la myopie progressive et du choix des verres correcteurs dans cette affection ; rapport. — **Memento pratique**. — **Intérêts professionnels**. — **Instruments nouveaux**. — **Nouvelles**.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'Hydrochinone.

Sa valeur antithermique, d'après les recherches du Dr Gaetano Traversa (1).

C'est en 1877 que Brieger a pour la première fois mis en évidence le pouvoir antithermique de l'hydrochinone. Toutefois ce n'est qu'en 1883 que le médicament a commencé à acquérir, par les travaux de Seifert et Steffen une certaine renommée comme antipyrétique. En 1886, Silvestrini et Picchini publièrent un certain nombre d'expériences et d'observations cliniques qui, toutefois, ne suffisaient pas à expliquer le mécanisme de l'hypothermie obtenue au moyen de ce médicament.

Le Dr G. Traversa entreprit alors des recherches tendant :

1° A prouver que ce médicament modifie également la température physiologique et la température fébrile.

2° A établir le degré et la durée de l'effet antithermique des diverses doses ainsi que les phénomènes qui peuvent accompagner anormalement ou suivre la dépression thermique.

Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'hydrochinone a une influence tant sur la température physiologique que sur la température pathologique. Cependant chez les individus sains, l'abaissement est peu de chose comparativement à ce qu'on obtient avec les mêmes doses chez les fébricitants.

2° Chez les malades atteints de fièvre :

a) Les doses isolées de 0,20 centigr. ne donnent pas lieu à un abaissement thermique de plus de 0°7. Ordinairement il oscille entre un minimum de 0°3 et un maximum de 0°7.

b) Les doses de 0,30 centigr. peuvent amener un abaissement qui ne dépasse pas 0°85.

c) Les doses de 0,40 à 0,50 centigr. produisent une dépression maxima de 1°48.

d) Les doses de 0,60 à 0,70 cent. peuvent produire un abaissement de 1°5 à 2°.

e) Ces doses sont bien tolérées : elles ne produisent ni désordres gastriques ni phénomènes nerveux.

f) L'abaissement de la température débute de 30 à 40 minutes après l'ingestion du médicament. Il atteint son maximum au bout d'une heure et demi à trois heures suivant les doses.

g) L'action antipyrétique ne s'accompagne pas d'ordinaire de phénomènes pénibles. Cendant quelquefois, avec des doses de 40 à 70 centigr. répétées à plusieurs reprises, il survient, durant l'hypothermie, des sueurs peu abondantes et des frissons, lorsque, l'effet antipyrétique ayant cessé, la température tend à remonter brusquement.

h) La pression sanguine, mesurée au moyen du sphygmo-manomètre de Basck (dernier modèle), ainsi que le pouls, ne subissent pas de modifications appréciables. Cependant avec des doses élevées et répétées, capables d'amener un fort abaissement de température, la fréquence du pouls diminue, surtout chez les fébricitants, et la pression s'abaisse notablement.

(1) Voyez Bullettino della Reale Academia medica di Roma, avril et mai 1889.

3° Chez l'homme sain, en opérant avec des doses de 0,40 à 1 gr. en une seule fois, la dépression thermique ne dépasse pas 0°8.

4° Les animaux ressentent, mieux que l'homme sain, l'influence de l'hydrochinone. Chez les lapins, la température rectale, avec des doses uniques de 0,05 à 0,20, diminue de un degré et plus. Avec des doses non mortelles, mais capables d'amener des convulsions, la température augmente et peut s'élever jusqu'à 38°4 et même 41°. Chez les chiens, avec des doses de 0gr. 04 à 0 gr. 08 par kilogramme, la température s'abaisse de 0°1 à 0°5. Au contraire, avec des doses mortelles (de 0,09 à 0,10 par kilog.) les phénomènes d'adynamie lente et de collapsus caractérisent la forme clinique de l'empoisonnement, et la température, qui s'est déjà abaissée dès le début de 1 à 2 degrés, continue à descendre jusqu'à la mort.

5° Il est digne de remarque que l'hydrochinone, quoique bien tolérée à petites doses, ne donne pas des effets antithermiques constants. Ceux-ci peuvent varier et même manquer chez le même individu, et cela avec des doses qui, précédemment, avaient, d'une façon manifeste, abaissé la température.

Voici maintenant les conclusions de l'auteur par rapport au mécanisme de l'abaissement thermique :

1° L'hydrochinone à petites doses augmente notablement la dispersion de la chaleur. De fait tant chez les individus fébricitants que chez les animaux sains, la température périphérique augmente d'une façon notable : (2° à 4°5.) pendant que la température centrale s'abaisse.

2° Cet accroissement de la dispersion de la chaleur est dû à la plus grande quantité de sang contenu dans les vaisseaux périphériques, par suite la dilatation des vaisseaux.

3° Aussi bien chez l'homme sain que chez le fébricitant, la vaso-dilatation précède de 15 à 20 minutes l'abaissement de la température axillaire. De même la vaso-constriction consécutive précède de peu l'élévation de la température.

4° La vaso-dilatation ne dépend pas de l'action des centres vaso-moteurs, mais elle est due aux modifications des parois vasculaires.

Le frisson que l'on observe au moment de l'ascension de la température, la rapidité avec laquelle disparaît la dilatation des vaisseaux, etc, en sont la preuve.

5° Pour ce qui est du mécanisme de l'antipyrexie, en outre de l'accroissement de la dispersion du calorique, il faut admettre, quoique dans des limites moindres et seulement pour les petites doses, une diminution de production de la chaleur.

La chose est prouvée par les considérations suivantes :

a) L'abaissement de la température rectale que l'on produit au moyen de l'hydrochinone chez les lapins, chez lesquels on empêche la dispersion de la chaleur.

b) La manière dont se comporte l'excrétion de l'urée de l'acide sulfurique, de l'acide phosphorique et du chlorure de sodium, dans les urines des individus ou des animaux soumis pendant un certain temps à l'usage de l'hydrochinone. Ces principes, surtout avec des doses moyennes, offrent une diminution appréciable.

En présence de ces résultats, nous pouvons conclure, dit l'auteur, que l'hydrochinone abaisse la température par un double mécanisme en facilitant la dispersion de la chaleur et en en diminuant concurremment la production.

6° L'hydrochinone diminue la production du calorique parce qu'elle s'oppose aux processus chimiques qui ont lieu dans l'organisme.

L'auteur se déclare disposé à expérimenter l'hydrochinone dans le typhus abdominal, d'autant plus que ce médicament possède un pouvoir anti-putride et anti-fermentescible assez énergique.

L. GREFFIER.

PATHOLOGIE MENTALE

Le délire alcoolique et ses modalités réactionnelles (1),

Par le Dr Paul GARNIER,
Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

Suite et fin (1).

§ I. *Raptus panophobique*. — Rien ne peut donner une meilleure idée de l'intensité du délire hallucinatoire de l'alcoolique que cette terreur panique qui s'empare de lui, lui fait parcourir souvent des distances considérables, sous l'irrésistible impulsion que les centres sensoriels, hyperexcités jusqu'à l'aberration fonctionnelle, transmettent aux centres moteurs. Essoufflé, épuisé, il s'arrête pour reprendre haleine, espérant avoir quelque avance sur ses ennemis; mais, il les voit, il les entend..., ils vont le rejoindre et il repart avec la vitesse d'une flèche, bondissant pardessus les obstacles, ou s'y heurtant violemment, toujours éperdu, toujours affolé.

Un cultivateur de la Sarthe, B.... Charles, âgé de cinquante quatre ans, de robuste constitution, grand buveur, est sombre, inquiet, taciturne depuis deux ou trois jours. On le trouve un peu changé, mais les constatations ne vont pas au-delà de ce fait banal. Tout à coup, une nuit, il se lève sans cause plausible. On lui demande ce qu'il veut. Il se borne à répondre : « Je ne sais pas, je vais voir par là ce qu'il y a », et il disparaît. Dans la matinée du surlendemain des agents relevaient dans une rue d'un faubourg de Paris, un homme dont l'aspect était lamentable. Les vêtements lacérés, le corps en sang, le visage couvert de déchirures, des lambeaux de chaussures aux pieds, l'œil hagard, il était affaissé sur la route. On ne put en tirer

(1) V. *France médicale*, numéro 19.

aucune explication. Au dépôt, après avoir repris des forces, après avoir été pansé, il sort de cette espèce de collapsus. Nous obtenons alors de lui quelques renseignements. Il s'est enfui de chez lui, parce qu'il avait cru comprendre qu'on l'accusait d'un crime, qu'on allait venir pour l'arrêter, qu'il était sûr d'être condamné à mort, etc. Réagissant sous l'action d'une excessive frayeur, il s'était élancé à travers champs; mais, dans sa conviction, les gendarmes galopaient après lui. « Il s'agissait, nous dit-il, de gagner leurs chevaux de vitesse ; j'ai franchi je ne sais combien de haies vives, j'ai traversé des taillis épais, impénétrables, et c'est là où j'ai laissé une portion de mes habits et un peu de ma peau. Ça gênait tout de même les gendarmes qui étaient forcés de faire un détour. Puis, la galopade recommençait.... Dans un bois grand comme une forêt je les ai distancés. J'ai bu à une fontaine. Un garde-chasse se présente et me demande ce que je fais là Il n'avait pas l'air méchant: mais je n'ai pas perdu mon temps à causer. J'ai repris ma course..... l'eau que j'avais bue m'avait réconforté. A certains endroits, on criait: « C'est un mouchard », d'autres disaient: « Sauvez-vous! » Maintenant je désire voir le ministre de la justice pour lui démontrer mon innocence. »

F... Jean, valet de chambre, âgé de quarante et un ans, *buveur d'absinthe au litre*, est pris de panique, le 13 juillet 1886. Il s'imagine que tout Paris est en feu. Du centre de la ville où il habite, il court, d'un trait jusqu'à Argenteuil, où ses cris : « Au secours ! au feu !» jettent l'émoi. On le questionne. Effaré, l'épouvante dans le regard, il répond : « Mais tout brûle! Vous ne voyez donc pas les flammes ! Ça pétille pourtant assez. Tenez! entendez-vous, le roulement des pompes à incendie ! »

R..., Henri, trente-huit ans, journalier, après une scène désordonnée à son domicile, où, dans l'emportement de la fureur alcoolique, il avait brisé tout ce qu'il avait pu atteindre, s'élance au dehors, arrive en courant au commissariat de police et déclare qu'on veut l'assassiner. Il demande à être protégé. Il est au comble de l'effroi. Dirigé sur le dépôt, il nous raconte, le lendemain, toutes ses terreurs: « Neuf individus lui pissaient sur la tête.... les jets d'urine étaient de toutes les couleurs, et ça lui arrivait dans la bouche, pendant que trois autres individus, étaient *couchés en travers de sa femme, en plein sur sa matrice*, etc., etc.

Un autre alcoolique croit avoir encouru la colère de M. Carnot, « *qui voit en lui un anarchiste dangereux* ». Toute une nuit, il se livre à une course affolée dans les rues de Paris, voyant constamment derrière lui le chef de l'Etat avec un canon sous le bras, une mèche à la main, prêt à le mitrailler. Il s'était enfui de son domicile après avoir frappé sa femme de onze coups de couteau.

Le lendemain, à la visite, F... est beaucoup plus calme, il est en partie rassuré et ne soutient plus que Paris brûle. Ses idées sont confuses. Il trouve néanmoins cette réflexion: « Ai-je eu une peur bête, hein ! » Il est couvert de sueur et tremble très fortement. Grand amateur d'absinthe, il en buvait jusqu'à deux litres par jour.

La terreur qui étreint l'alcoolisé en délire peut revêtir les formes les plus bizarres, prendre pour thème les situations les plus étranges, les plus impossibles à réaliser ailleurs que dans un cerveau en pleine anarchie psycho-sensorielle.

P..., Auguste, trente-deux ans, employé de commerce, insomne depuis plusieurs nuits, s'échappe un soir de son domicile, emporté par un vertige panophobique... Sa demeure est cernée par des individus dont les armes reluisent dans l'obscurité. A peine est-il dehors, qu'il voit tout un escadron de dragons poussant une charge sur lui. Il s'engage dans un dédale de petites rues pour échapper aux cavaliers qui exécutent de terrifiants moulinets avec leurs sabres.

Le procès-verbal qui l'accompagne à l'infirmerie indique que des agents ont trouvé Auguste P.... au milieu de la chaussée, à demi-courbé vers le sol et dans la position d'un homme à la recherche d'un objet perdu : de la main droite, il tenait un revolver. Interpellé, il répondit : « *Je cherche ma tête que ces brigands viennent de faire sauter d'un coup de sabre.* » On eut beaucoup de peine à s'en rendre maître, il criait aux gardiens de la paix : « Ah ! voilà l'infanterie maintenant ! » et il braquait son revolver sur eux. P... au moment de son entrée à l'infirmerie est dans un état grave. Il a des sueurs profuses, de la fièvre, des soubresauts tendineux : son inconscience est complète. Nous le faisons diriger d'urgence sur l'asile Sainte-Anne.

§ II. — *Analogies du délire alcoolique avec le cauchemar.* — L'un des caractères les plus constants du délire alcoolique, avec l'anxiété qui en fait le fond, consiste dans ce décousu et ce désarroi des conceptions qui appartiennent aussi à ce mode d'activité cérébrale qu'on appelle le rêve. Ce sont ces analogies qui ont permis à Lasègue d'établir de si ingénieux rapprochements entre cette modalité délirante toxique et les fantaisistes et pénibles créations du rêve dont cette modalité délirante semble comme la continuation à l'état de veille.

K..., Gustave, âgé de quarante-six ans, employé, amené le 9 mai 1889, à l'infirmerie, après un raptus panophobique, fait le récit suivant : « Hier, après avoir passé une journée assez triste, attendu que j'étais dépourvu d'argent, je vis sur le soir que j'étais poursuivi par un tas de jeunes gens « qui me blaguaient sur mon paletot qui n'est plus de saison ». Je ne pouvais m'asseoir sur un banc sans qu'ils viennent me tourner en ridicule. Bref, je reste avec eux, buvant de l'*eau pure*, jusqu'à deux heures du matin. Le cocher qui les

avait menés toute la journée et qui, en même temps, charriait des légumes, me rencontre et me dit : « Où allez-vous? » Je dis : « Aux Halles, prendre une soupe de deux sous. » Qu'à cela ne tienne, répondit il, suivez-moi. » J'y vais ; très bien ; mais après m'avoir fait faire six kilomètres, il me lâche. Je me trouve perdu. Je rencontre un autre homme, je lui demande ma route pour les Halles. « Je vais vous y mener », me dit-il aussitôt. Mais celui-là me mène dans un petit bouge. Je lui fais observer que je regrette bien, mais que je n'ai que deux sous. Oh ! alors, ce féroce individu, de la bande des *coupeurs de poignets*, veut m'étrangler. Heureusement deux hommes entrent dans le lupanar et me sauvent. Je m'enfuis à toutes jambes. Je cherchais toujours mon chemin pour me rendre aux Halles, lorsqu'un individu m'aborde poliment et me dit : « Monsieur est du quartier ! » — Non. — Oh ! mais que monsieur prenne garde, il va se mettre dans la gueule du loup ; car c'est ici le quartier des *coupeurs de poignets*. Je crois que vous vous en tirerez difficilement sans en laisser au moins un. Tenez ! en voilà précisément qui jouent aux boules. » Effrayé, je me présente à eux... Je leur offre aussitôt ma montre pour les bien disposer. L'un d'eux me répond : « Pourquoi faire ? » Il y avait erreur ; j'avais affaire à des personnes honnêtes. Je les suis et la rue où je les vois s'engager est bien la vraie, cette fois. Pas du tout, c'était un traquenard pour m'attirer chez eux. Je sens que je suis pris. Ils me chassent. Je me sauve avec la vitesse d'un chat poursuivi par un chien et, haletant, je tombe chez le boulanger du coin. La fatalité me poursuit : les *coupeurs de poignets* sont là en train de délibérer sur mon sort, je les entends dire : « De l'or, ou sa mort ! » Et je n'avais toujours que mes deux sous.

Je vis à côté d'eux une horrible femme, une petite boiteuse qui semblait avoir une grande autorité sur eux. Je lui adresse une prière. Elle me commande de lui dire mon nom et mon domicile et elle ajoute : « C'est bien, vous pouvez vous en aller. » Je ne me le fis pas répéter. Mais j'avais à peine fait cent mètres que je les entends courir après moi, en criant, tous en chœur : « Arrêtez-le ! »

Arrivés sur moi, ils m'entourent : « Ah ! petit cochon, nous te tenons tout de même ! » Vous voyez d'ici ma tête. Et dire que les Parisiens laissent faire des choses pareilles, en plein jour ! Bref, leur chef donne des ordres et je me soumets à sa vengeance. Elle fut terrible. Il me fit uriner devant la petite boiteuse ; elle allait profiter de ma situation pour me couper le poignet et probablement quelque autre chose en même temps, et me pendre ensuite à un bec de gaz, lorsqu'il se fit une poussée dans la foule. J'étais dégagé, renonçant à aller aux Halles, je courus au poste faire une déclaration. »

Gustave K..., qui a les yeux injectés, la face rutilante et baignée de sueur, dont les membres sont agités par un tremblement très marqué, croit toujours à la présence des *coupeurs de poignets*. Il crie dans sa cellule, se défend contre la petite boiteuse : « Elle me tient, au secours ! à l'assassin ! »

§ III. — *Etat cataleptiforme dans le délire alcoolique.* — Harcelé par des visions terrifiantes, le délirant alcoolique cherche habituellement à se soustraire par la fuite au danger dont il se croit menacé. Sous le coup du vertige de la peur, il court affolé dans les rues et parfois sur les toits, selon l'issue qui lui est le plus promptement ouverte. Mais l'extrême frayeur peut parfois lui enlever ses moyens de locomotion et l'immobiliser dans la stupeur.

S...., Ernest, âgé de trente trois ans, employé chez un vernisseur, se présente le 5 mai 1888 à la consultation de l'hôpital Cochin. On le trouve tellement étrange qu'on se refuse à le recevoir. On l'envoie à l'infirmerie spéciale avec le bulletin suivant : « Délire, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Le malade se croit poursuivi. Alcoolisme invétéré. »

Au moment où on l'amène dans la salle d'examen, il marche tout d'une pièce, lentement, automatiquement. Il reste devant nous immobile, dans une apparence de raideur de tout le corps. Il semble comme figé par la peur. Sourd à toutes les stimulations, muet, analgésié totalement, il demeure dans une attitude cataleptique, les yeux fixes, hagards, le front mouillé de sueur. Son regard s'attache sur un même point avec une indicible expression d'épouvante ; il n'exécute pas un geste, pas le plus petit mouvement. On l'approche sans qu'il paraisse s'en émouvoir ou même s'en rendre compte. La peau est chaude, le pouls fréquent et vibrant. La main posée sur les masses musculaires perçoit des frémissements ondulatoires. Les membres gardent les positions qu'on leur donne, comme dans la catalepsie. Les traits sont en quelque sorte fixés dans une expression de terreur qui se maintient des heures sans la plus légère modification. Il est inutile de chercher à détourner ses regards du point sur lesquel ils se portent ; aucune sollicitation ne parvient à réaliser une diversion. A un seul moment, il consentit à un langage mimique extrêmement sommaire. Nous lui demandions s'il apercevait des bêtes féroces, des serpents ; il fit un très léger signe affirmatif de la tête et ce fut tout. La respiration est courte, haletante, la bouche entr'ouverte : la sueur inonde le corps. Les pupilles sont extrêmement dilatées.

Son immobilité ressemblant à certains états tétaniformes, il y avait intérêt à chercher si la production d'un bruit brusque et strident provoquerait des soubresauts ; mais des expériences de ce genre n'amenèrent aucun résultat. Il garda son immobilité de statue. Cependant le phénomène de la trépidation spinale fut assez facilement obtenu.

Cette terreur cataleptisante dura cinq heures. Puis tout à coup il se mit à pousser des cris, des appels dé-

sespérés dans sa cellule : « Ouvrez-moi ! Ouvrez-moi ! ils sont là plus de cinquante qui veulent me tuer. » Il s'élance sur la porte qu'il cherche à enfoncer, criant toujours : « Les voilà ! les voilà ! » Il demande un verre d'eau. Avant de boire, il fait cette remarque : « Quand j'aurai bu ça, je serais bel et bien empoisonné . » Deux heures plus tard, Ernest S... retombe dans sa stupeur, avec le même regard fixe, mais cette nouvelle phase dure peu et est bientôt remplacée par une extrême agitation. Il bouleverse les objets de literie, se blottit dans les coins, appelant au secours : Venez ! Venez ! ils sont là derrière le mur ; dépêchez-vous, ils vont tirer par la fenêtre. » Il trouve un moment de calme relatif pour expliquer à l'un des internes qu'il a été obligé de *faire le mort toute la nuit pour ne pas être assassiné*, il entendait armer les révolvers ; il connaît les individus qui veulent le mettre à mort : *ce sont de vieux amis devenus enragés contre lui* qui ont monté ce complot, sous le prétexte qu'il avait appelé la fille de l'un d'eux : sale p... »

Cette terreur cataleptisante est d'ailleurs un phénomène tout à fait exceptionnel dans le délire éthylique. Sur plusieurs milliers d'alcooliques nous ne l'avons noté que très rarement. Mais il importe de noter que, d'après les renseignements qui nous furent fournis, Ernest S..., a des antécents héréditaires fâcheux ; son père a été interné à Bicêtre à la suite d'excès alcooliques. On constate dans sa conformation physique certains stigmates de dégénérescence (oreilles sessiles, face asymétrique, léger prognathisme).

S... a depuis plusieurs années contracté des habitudes alcooliques : éclectique en son intempérance, il s'adresse à l'absinthe, au rhum, au vin dont il évalue sa ration quotidienne à trois litres. Cinq ou six jours avant l'explosion de l'accès, il s'était senti mal à son aise et il avait dû interrompre son travail. La nuit était signalée par des inquiétudes confuses, de l'agitation, des promenades sans but. Puis, tout à coup, ses hallucinations se précisent, il voit autour de lui des individus qui le menacent ; et, profitant d'une courte absence de sa femme, il descend nu-pieds dans la rue. Il est ramené presque aussitôt chez lui par des voisins et sa famile inquiète le conduit à la consultation de l'hôpital Cochin.

Ernest S... envoyé à l'asile Sainte Anne s'est amélioré progressivement. Quelques mois après il a été rendu à la liberté et depuis lors, en nous en tenant aux renseignements dont nous disposons, il n'a pas eu de nouvel accès.

§ IV *Exacerbation nocturne du délire alcoolique.* — L'alcoolique délirant est, entre tous les aliénés, celui chez lequel la peur acquiert un véritable caractère symptomatologique, car les angoisses du lypémaniaque pur ne se rapportent pas si bien à cet état émotionnel. n sa qualité de peureux, le frisson de l'effroi l'envahit surtout dès qu'il se trrouve dans l'obscurité : il a peur de l'ombre et des ténèbres et c'est en partie au moins à cette circonstance qu'il faut attribuer le phénomène si caractéristique dont nous avons parlé : l'*exacerbation nocturne.*

Pour porter un jugement exact sur des malades de ce genre, l'observation de jour doit se compléter par l'observation de nuit et c'est cette dernière qui est assurément la plus importante.

Voici un homme qu'on vous a dépeint sous un aspect assez sombre : c'est, dit-on, un agité, un violent, un impulsif, un halluciné, dont on signale les actes désordonnés et dangereux. Et cependant, il est là devant vous, calme, convenable, d'apparence assez placide ; il vous écoute, répond avec une insuffisante lucidité à vos questions et souvent il protestera énergiquement contre les faits qu'on lui impute ou les taxera au moins d'exagération. En tenant compte de son extérieur tranquille, de son langage cohérent et mesuré, on serait tenté de le croire, si, en l'examinant attentivement, on ne percevait quelques signes qui commandent au moins la réserve : une vague inquiétude du regard, l'injection plus ou moins marquée des conjonctives, la trémulation des muscles de la face, le tremblement des extrémités, l'enduit saburral de la langue animée de petites secousses fibrillaires, etc.., etc. Alors, la plus vulgaire prudence conseille de surseoir à toute appréciation définitive.

La nuit est venue... le même homme, tout à l'heure raisonnable et maître de lui, s'émeut, s'inquiète s'agite. L'ombre va se peupler de fantômes, d'animaux, d'individus armés. Des apparitions sinistres le font passer par toutes les transes de la peur. Effaré il se cache le visage pour soustraire ce spectacle terrifiant à sa vue, il appelle au secours, il heurte violemment la porte... il veut fuir. La raison est devenue lettre morte pour cet affolé, si différent de ce qu'il était quelques instants auparavant à l'éclat du grand jour. Dans un raptus panophobique il peut se porter aux actes violents, au suicide, à l'homicide.

Il nous serait facile de citer de très nombreux cas dans lesquels l'alcoolisé met à profit ce calme apparent trompe une vigilance d'ailleurs peu assidue, dans ces conditions de demi-sécurité, pour s'attaquer soit à lui-même, soit à son entourage.

Quiconque a vu un certain nombre d'alcoolisés a sûrement entendu faire cette remarque : « Un tel ne pouvait rester sans lumière : toute la nuit, il lui fallait une bougie allumée dans sa chambre. »

Un délirant alcoolique que nous avons été appelés à examiner, après une tentative de suicide, nous disait : « Je ne pouvais pas trouver ma boîte d'allumettes ; ça devenait trop horrible. J'ai sauté par la fenêtre. *Si j'avais pu rallumer ma bougie qui s'était éteinte, ça ne serait pas arrivé!* » Le suicide des alcooliques est bien souvent, comme dans le cas précédent, une fuite aveugle qui mène à la mort ou met la vie en péril, plutôt qu'un suicide vrai, c'est-à-dire intentionnel.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur la grippe de l'hiver 1889-90, par le professeur Grasset, recueillies et publiées par le Dr G. Rauzier, chef de clinique médicale, Montpellier et Paris 1890.

Il nous est difficile de donner une analyse des leçons faites sur la grippe par le professeur Grasset, parce que ces leçons, très serrées, ne peuvent se résumer sous peine d'être incomplet et par conséquent inutile. Nous tenions cependant à signaler ce travail qui est certainement le plus exact qui ait été fait sur l'histoire de l'épidémie qui a sévi cet hiver. Dans ces leçons le professeur trace à grands traits l'histoire clinique de la maladie, étudie ses symptômes, son évolution, sa contagiosité, la marche de l'épidémie à travers l'Europe, enfin étudiant sa nature, le professeur recherche ses rapports avec la dengue.

Les complications pulmonaires, cardio-vasculaires et nerveuses sont passées en revue. Quant à la nature de l'épidémie, « la maladie, dit M. Grasset, n'est autre chose que la grippe, qui, dans certaines de ses formes, s'est rapprochée de la dengue. La grippe est cependant distincte de cette dernière qui paraît être la grippe des pays chauds, de même que la grippe serait la dengue des pays froids. Etiologiquement, la grippe est une affection épidémique et contagieuse, offrant un caractère de diffusion extrême et de véritable universalité. Bénigne en elle-même, la grippe est grave par ses localisations respiratoires et les infections secondaires qu'elle peut faire naître, ou encore grâce à la participation d'autres appareils importants tels que le système nerveux et l'appareil circulatoire ». Les leçons sur la grippe du professeur Grasset, se recommandent par leur concision et par la fidélité avec laquelle se retrouvent retracés tous les incidents qui ont marqué l'épidémie dont elles représentent l'histoire complète Ces leçons se terminent par l'exposé sommaire des moyens thérapeutiques propres à combattre les diverses formes de la grippe. L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE

Centre moteur cortical laryngé. — MM. Garel et L. Dor ont eu l'occasion d'observer récemment un cas fort intéressant et fort instructif, car il tranche dans le sens de l'affirmative la question très controversée du centre moteur cortical laryngé. Il s'agissait d'un malade atteint d'une endocardite ulcéreuse avec péricardite qui, trois jours avant son entrée, avait été brusquement pris d'aphonie au milieu de la nuit. Au moment de l'examen (en dehors d'autres phénomènes cardiaques, d'œdème pulmonaire, etc.), il n'avait que de la raucité de la voix causée par une *paralysie complète de la corde vocale gauche*. Aucune autre trace de paralysie : il s'agit bien d'une hémiplégie laryngée pure. Le malade succombe au bout de trois jours.

A l'autopsie, on trouve dans l'hémisphère droit un petit noyau de ramollissement rouge, triangulaire, occupant la partie supéro-interne du noyau lenticulaire et empiétant légèrement sur la partie externe de la capsule interne.

Rapprochant ce fait d'un autre déjà publié par M. Garel et des autres travaux sur la question, les auteurs concluent :

1° Il existe un centre cortical moteur du larynx dans chaque hémisphère cérébral ;

2° Ce centre siège au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale et du sillon qui la sépare de la frontale ascendante ;

3° Les fibres émanées de ce centre passent au niveau de la partie externe du genou de la capsule interne, formant dans le faisceau géniculé un faisceau moteur laryngé indépendant du faisceau de l'aphasie et du faisceau de l'hypoglosse ;

4° Le centre laryngé a une action croisée. Sa destruction détermine la paralysie totale (position cadavérique) de la corde vocale du côté opposé (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.* avril 1890).

Les diabètes glycosuriques : trois types ou espèces distinctes. — L. Lancereaux a déjà cherché à démontrer l'existence de trois espèces de diabète :

1° Le diabète de Cl. Bernard consécutif à un traumatisme ou à une lésion du système nerveux ; la symptomatologie est peu accentuée, la guérison possible ;

2° Le diabète maigre ou pancréatique, lié manifestement à une lésion du pancréas ou à la destruction, se traduit par un début brusque, polyurie, polyphagie, glycosurie abondante, mort rapide ;

3° Le diabète gras et constitutionnel ou arthritique qui a des rapports plus ou moins intimes avec le rhumatisme chronique.

Cette espèce n'a aucune relation avec les espèces précédentes ; elle rentre dans la grande famille pathologique de l'herpétisme. La maladie débute par l'obésité survenant en général chez des sujets jeunes ; puis apparaît une polyurie peu marquée avec glycosurie modérée, variant beaucoup suivant maintes circonstances ; souvent elle est intermittente. La maladie dure fort longtemps, jusqu'à vingt et même quarante ans. C'est bien plutôt une manière d'être de l'organisme qu'une véritable maladie. La mort survient généralement du fait d'une complication. Plusieurs faits cliniques que rapporte l'auteur lui servent à appuyer sa démonstration (*Médecine moderne*, 27 mars 1890.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mai 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le Dr GALIPPE qui envoie à l'Académie un pli cacheté (accepté); 2° une lettre de M. Jonathan LANGLEBERT qui adresse également à l'Académie un pli cacheté (accepté); 3° une relation de l'*épidémie de grippe* qui a régné à Castel-Sarrazin, par le Dr MOREL, médecin-major au 126e de ligne; 4° un travail intitulé : *Contribution à l'hygiène générale de l'enfance*, par M. le Dr SÉJOURNET (de Revin); 5° un travail intitulé : *Compte rendu des maladies et de la mortalité infantiles dans la circonscription médicale de R...* en 1889, par le même auteur; 6° un rapport sur *une épidémie de fièvre typhoïde* qui a régné dans la ville de Vervins, par M. le Dr PENANT (de Vervins).

Remèdes secrets. — M. MOISSAN fait sur un certain nombre de demandes en autorisation d'exploiter des remèdes secrets, un rapport dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

Sur 73 votants, majorité 37, M. Terrier est élu par 57 voix contre 11 données à M. Périer, 2 à M. Berger, 1 à M. Nicaise, 1 M. Horteloup et 1 bulletin blanc.

Rapport sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales. — M. Alb. ROBIN lit un rapport sur les travaux adressés par les quatre stagiaires envoyés par l'Académie aux eaux minérales de Miers, Salies-de-Béarn, Hammam R'irha et Dax. MM. Gresset, Gauly, Aristée Lamarque et Boutarel recevront chacun de l'Académie une récompense de 500 francs.

Note sur un cas de développement exagéré des organes génitaux chez une petite fille de 18 mois. — M. CRIVELLI (de Melbourne), ancien interne des hôpitaux de Paris, lit l'observation d'une petite fille de 18 mois, née à Melbourne, chez laquelle les organes génitaux sont aussi développés qu'ils le sont habituellement chez une jeune fille de 15 ou 16 ans. Cette petite fille a déjà eu ses règles trois fois.

Cet état physique n'a pas été sans influence sur son état moral. Elle a déjà de la pudeur, elle crie quand on la déshabille devant quelqu'un et cherche à ramener ses vêtements sur elle.

Le père et la mère, Écossais, très bien portants tous les deux, ont deux autres enfants, âgés de 4 ans et de 3 mois, qui ne présentent rien d'anormal.

Traitement local de l'endométrite chronique. — M. DUMONTPALLIER lit sur ce sujet une observation accompagnée d'une note sur l'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Cornil. Il termine par les conclusions suivantes :

1° Le traitement de l'endométrite chronique par le crayon de chlorure de zinc, laissé à demeure dans la cavité utérine, est le mode de traitement qui donne les résultats curatifs les plus constants;

2° Ce traitement ne détermine pas de complications inflammatoires péri-utérines;

3° La douleur post-opératoire qui, dans mes observations, n'a été constatée que dans la moitié des cas, peut toujours être atténuée et rendue très supportable, quoi qu'on ait dit, par l'injection hypodermique de morphine, pratiquée sur la paroi abdominale;

4° La muqueuse utérine est reconstituée à bref délai après l'opération, le retour de l'écoulement menstruel est observé le plus souvent cinq à six semaines après l'opération et la grossesse a été constatée chez plusieurs de nos opérées;

5° Quant aux différentes formes d'atrésie, elles peuvent être évitées par un traitement préventif, appliqué méthodiquement, et les sténoses tardives peuvent être traitées avec succès par la dilatation.

Le crayon dont il fait usage est composé d'une partie de chlorure de zinc pour deux parties de farine de seigle. Il a la grosseur et la forme d'un crayon de nitrate d'argent, c'est-à-dire 5 millimètres de diamètre. Pour le préparer on triture, dans un mortier de porcelaine, 20 grammes de chlorure de zinc sec que l'on réduit en poussière impalpable au moyen du pilon; on ajoute goutte à goutte un peu d'eau de façon à donner au mélange la consistance sirupeuse, puis, peu à peu, on laisse tomber dans le mastic 40 grammes de farine de seigle et l'on agite sans cesse, de façon à obtenir une pâte homogène; cette pâte doit avoir la consistance du mastic de vitrier. Alors on divise le tout en petites masses du poids de 4 grammes, on roule ces petites masses sur un pilulier et l'on obtient des crayons de 5 millimètres de diamètre et de 15 centimètres de longueur. Cela fait, ces crayons sont soumis à l'étuve pour leur enlever leur mollesse et leur donner une élasticité qui permette de les infléchir sans les briser. Ainsi préparés, ils pénètrent facilement dans le canal cervico-utérin, quelle que soit la direction de ce canal.

Le crayon de chlorure de zinc ainsi composé détermine rapidement une eschare dont l'épaisseur est de 1/2 à 2 millimètres. Dans les cas où le canal cervico-utérin a une longueur inférieure à 7 centimètres, on peut faire usage de crayons qui n'ont que 3 millimètres d'épaisseur.

De l'entérotomie temporaire suivie de la suture immédiate de l'intestin dans la laparotomie appliquée à l'étranglement interne. — M. le DENTU lit un rapport sur la communication faite à l'Académie, le 25 avril dernier, par M. Jules Bœckel.

A quatre heures 1/2, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Féréol sur les titres des candidats au titre de correspondant national (1re division — médecine).

Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant :

En 1re ligne, M. Lacassagne (Lyon); en 2e ligne, M. Gros (Alger); en 3e ligne, M. de Brun (Beyrouth); 4e *ex æquo*. MM. Duché (Ouanne-Yonne); Niepce (Allevard); Trastour (Nantes).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1890. — Présidence de M. NICAISE.

De l'occlusion intestinale. — M. MONOD à propos du procès-verbal rapporte l'observation d'un jeune homme de 18 ans sur lequel le lavement électrique resta sans effet. Il pratiqua la laparotomie 5 jours après l'apparition des premiers symptômes et tomba dans le flanc droit sur une bride qui enserrait l'intestin très dilaté au-dessus et aplati au-dessous

de l'obstacle. Cette bride fut déchirée et devant les yeux de l'opérateur l'intestin reprit son volume et sa coloration. Les suites furent simples et la guérison obtenue.

A ce propos M. Monod fait remarquer que dans les succès de ce genre, il faut faire une grande part à la chance qu'on a, comme dans ce cas, de tomber immédiatement sur l'obstacle, d'avoir affaire à une bride qui cède facilement. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Il a fait par exemple trois autres laparotomies d'urgence, l'une pour un vaste épanchement sanguin suite de traumatisme, l'autre pour une plaie par balle de révolver avec lésion du foie, la troisième pour une occlusion intestinale, dans un cas de néoplasme qui avait détruit l'intestin. Les mauvaises conditions de ces trois interventions expliquent facilement les trois morts.

M. Marchant a fait une laparotomie dans un cas simulant l'occlusion intestinale. Il ne trouva que de la péritonite. Malgré la présence d'un pus fétide, la guérison fut obtenue.

M. Monod fait observer que M. Routier a rapporté un cas semblable, ainsi que M. Terrillon.

M. Terrillon a rencontré en effet 5 cas semblables et dans les trois derniers il a pu faire le diagnostic en mettant en pratique l'observation de M. Duplay qui signale la présence de la matité dans les fosses iliaques comme signe permettant de distinguer la péritonite de l'occlusion.

M. Terrier fait observer que ces signes sont classiques et que lui aussi, dans un cas, grâce à ce signe, a pu diagnostiquer une péritonite.

M. Quénu pense au contraire que dans certains cas le diagnostic est impossible et il cite à l'appui une observation dans laquelle la matité n'existait pas et où la laparotomie le fit tomber sur un épanchement enkysté avec les anses intestinales agglutinées tout autour. L'abdomen fut drainé et le malade guérit.

M. Jalaguier est de l'avis de M. Quénu, il cite deux cas dans lesquels il n'y avait pas la moindre matité et où il rencontra une péritonite suppurée avec perforation de l'appendice iléo-cæcal et pense que ces péritonites sont souvent dues à cette lésion.

M. Marchant fait observer que, dans son cas, l'appendice était intact.

Tumeur du mésentère. — M. Terrier annonce à la Société que la tumeur du mésentère dont il a entretenu la Société dans la dernière séance était un sarcome envahi par la dégénérescence graisseuse Depuis il a enlevé une autre tumeur qu'il présente. Elle nageait dans la région hypogastrique, sans affecter de rapports avec le bassin, avait débuté par des troubles intestinaux et le diagnostic ne put être fait. La laparatomie sous-ombilicale fut pratiquée et M. Terrier tomba immédiatement sur une poche adhérente à la paroi, ressemblant à un kyste de l'ovaire. La ponction pratiquée laissa écouler du liquide hématique, et la tumeur pédiculée fut sectionnée après-la pose de trois ligatures en chaîne sur le pédicule ordinairement vasculaire. Ce pédicule était assez long et s'implantait sur la partie connexe de l'intestin. La malade guérit; mais l'interprétation n'a pu encore être donnée, peut-être s'agit-il d'une tumeur développée aux dépens du diverticule de l'intestin.

Emploi des pulvérisations phéniquées dans le traitement de certaines affections de la mamelle. — M. Verneuil a retiré les meilleurs effets de ce traitement dans les abcès de la mamelle se terminant par des fistules, point de départ souvent d'un érysipèle. Dans les mammites aiguës, les résultats sont excellents, il fait des pulvérisations ante, intra et postopératoires, désinfecte ainsi la région et peut alors sans danger drainer les parties qui suppurent.

Dans les cas de cancers du sein où tout traitement est impuissant, à l'aide de trois séances de vingt minutes par jour, on voit un énorme soulagement se produire et l'odeur infecte disparaître même presque complètement. Une fois, cette pratique a permis à M. Verneuil d'intervenir sur un sein jugé par lui inopérable avant le traitement qui fit cesser les complications inflammatoires.

Enfin cette méthode sert aussi, dans certains cas, à permettre de faire un diagnostic, notamment chez les malades qui voient leurs seins se gonfler à la suite de couches et chez lesquelles on hésite entre un cas de rétention des produits de sécrétion et un phlegmon mammaire. Il en est de même dans la mammite chronique qui pourrait être quelquefois confondue avec une tumeur maligne ulcérée.

M. Verneuil tenait à signaler ce moyen qui, comme on le voit, peut rendre des services.

Eug. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 mai 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Traitement de la rougeole maligne par les bains froids. — M. Dieulafoy montre qu'il est des cas de rougeole maligne hypertoxique, paraissant fatalement mortelle à brève échéance, et qui peuvent guérir par les bains froids.

Une jeune fille de seize ans et demi fut prise récemment de rougeole paraissant normale au début. Après une période d'invasion régulière, l'éruption se montra le neuvième jour, et à cette époque la fièvre était modérée et l'état général satisfaisant. Le sixième jour, l'aspect de la maladie changea complètement, la température s'éleva, le pouls monta à 130, 140 pulsations par minute, la langue devint sèche et rôtie, les urines diminuèrent de quantité et le délire apparut. Le septième jour, après une nuit d'insomnie, cet état n'avait fait que s'aggraver, et le huitième jour je fus appelé en consultation pour voir la malade. A ce moment l'éruption n'existait plus qu'à l'état de vestige, la température était de 40,9, le pouls était incomptable et de plus, irrégulier et intermittent ; le cœur était en collapsus, les urines presque totalement supprimées et la prostration et l'angoisse étaient extrêmes. Je ne croyais pas que la malade pourrait passer la nuit. J'ajoute que je ne constatai aucune complication viscérale et j'en conclus que toute la gravité du cas était due à l'intensité même de l'infection primaire.

En présence de cette situation, et bien que les règles eussent commencé à se montrer la veille au soir, je proposai de placer la malade dans un bain froid. A 5 heures du soir la malade fut portée dans un bain à 24°, aussitôt elle fut prise d'un frisson intense avec claquement des dents, mais bientôt je me rassurai, car le pouls qui était avant le bain à 150, s'abaissa à 130 et devint plus régulier. La température qui était de 41° diminua également de plusieurs

dixièmes. Au bout d'un quart d'heure, la malade fut enlevée du bain et enveloppée dans un drap. Elle était sensiblement mieux, malgré un frisson qui n'avait pas cessé durant tout le bain et elle dormit d'un sommeil calme pendant une heure et demie, ce qu'elle n'avait pas fait depuis trente-six heures, et à son réveil elle urina ; en présence de cette amélioration, la famille fut la première à réclamer la continuation du traitement. Un second bain fut donné à minuit, un autre à 3 heures du matin. Le lendemain la température n'était plus que de 39°, la respiration était meilleure, il n'y avait plus d'angoisse. Je prescrivis de donner un bain toutes les trois heures, toujours à 24°, et d'une durée d'un quart d'heure. Le onzième jour de la maladie, les bains furent cessés tant les accidents s'étaient amendés. Le douzième jour, la température était de 37° et tout danger était désormais conjuré.

A mon avis, toutes les manifestations malignes dans les maladies infectieuses ont des traits communs. Il y a une infection primitive dont la virulence s'exalte sans qu'on sache pourquoi ; il y a d'autre part des infections secondaires. Or, quand on étudie les caractères de malignité, on voit que, quelle que soit la maladie, le tableau clinique est le même. C'est pourquoi je considère tous les états malins comme justiciables de la médication par les bains froids.

M. Juhel-Rénoy croit aussi que les bains froids sont appelés à rendre des services dans un certain nombre de cas de rougeoles.

M. Duponchel a soigné également par les bains froids deux adultes atteints de rougeole, chez lesquels la température atteignait ou dépassait 41° ; l'amélioration a été dans ces deux cas presque instantanée.

M. Henri Huchard. Les observations démontrent dans tous les cas l'importance du collapsus cardiaque. C'est en m'inspirant de cette notion que j'ai imaginé, depuis sept ans, l'emploi des injections de caféine à haute dose (2 à 3 grammes par jour) pour combattre ces graves accidents des maladies infectieuses. Cette pratique m'a donné de merveilleux résultats, et je pense que dans tous les cas graves auxquels M. Dieulafoy a fait allusion, il serait utile de commencer le traitement par ces injections, d'autant plus que ces dernières n'exposent à aucun danger, même lorsqu'elles sont pratiquées à haute dose.

Quant aux bains froids, je n'ai pas eu l'occasion de les employer dans la rougeole ; mais en 1870, je les ai mis en usage, avec M. Desnos, dans le traitement des varioles graves ou malignes. Or, les résultats ont été très douteux.

M. Desnos. On ne peut cependant inférer de là que les bains froids n'aient donné aucun résultat, car je me souviens parfaitement que les malades en éprouvaient un grand soulagement et qu'ils les réclamaient avec insistance.

L'albuminurie des morphimanes. — M. Hechard a observé trois cas d'albuminuries permanentes terminées par l'urémie chez des morphimanes. Tout porte à croire que ces albuminuries se sont développées sous l'influence de l'abus prolongé de la morphine. Du reste, Lœwenstein cite six ou sept cas semblables et relate plusieurs expériences sur des animaux.

Pour expliquer la pathogénie de l'albuminurie morphinique, on peut discuter les trois hypothèses suivantes :

1° Elle peut être produite par une action spéciale sur le centre bulbaire.

2° L'albuminurie peut être consécutive à un état parétique des plexus nerveux qui entourent l'artère rénale.

3° Enfin l'albuminurie peut être provoquée par des anomalies de pression qui seraient capables de conduire à des maladies rénales.

Pour expliquer la production de l'albuminurie permanente des morphinomanes, c'est cette dernière cause qu'il faut admettre. En effet, mes expériences et mes recherches sphygmanométriques m'ont démontré que la morphine est un des agents qui abaissent le mieux et le plus sûrement la tension artérielle ; et, comme le mal de Bright caractérisé par le gros rein blanc se manifeste de bonne heure, et pendant tout le temps de la maladie, par une hypotension artérielle très accusée, il en résulte que la morphine agit dans le même sens que cette affection.

Il n'en est pas de même de la néphrite interstitielle, maladie à forte tension artérielle, et c'est peut-être pour cette raison que la morphine ne produit pas autant d'inconvénients que dans la néphrite parenchymateuse.

Dès 1883, je signalais les dangers de l'hypotension artérielle produite par la morphine, et j'estime que c'est par ce mécanisme que cette substance toxique déterminant à la longue des congestions passives et permanentes du côté de certains organes et surtout du côté de l'appareil rénal, peut aboutir à la production d'une néphrite parenchymateuse.

Ces considérations montrent une fois de plus tout le parti que l'on peut tirer de l'étude de la tension artérielle dans les maladies, étude que je poursuis depuis trois ans et qui m'a démontré l'existence d'un groupe important de maladies par modifications de la tension artérielle.

Monoplégie hystérique. — M. Ballet présente un homme de vingt-cinq ans atteint de monoplégie hystérique du membre supérieur gauche, avec atrophie musculaire. Cette atrophie s'est produite en moins d'un mois ; ainsi que cela est la règle dans les troubles trophiques de cette origine, la nature hystérique de la paralysie n'est pas douteuse ; en effet, cet homme présente les stigmates de l'hystérie : hémianesthésie gauche générale et sensorielle, zones hystérogènes, rétrécissement du champ visuel, nombreuses crises antérieures de paralysie guéries.

De l'angine scarlatineuse précoce pseudo-diphtérique. — M. Sevestre. Les angines pseudo-membraneuses du cours de la scarlatine sont généralement considérées en France comme étant d'origine diphtéritique, et les malades qui en sont atteints sont placés dans les salles de la diphtérie. Il est cependant une variété d'angine qui doit en être distinguée : elle est toujours précoce, se développe dès les premiers jours de la scarlatine et se caractérise par des productions blanches qui ressemblent parfois complètement à celles de la diphtérie et ne respectent ni la luette, ni le voile du palais, de sorte que le diagnostic est souvent difficile ; cependant, elles ne se propagent pas au larynx, et l'état général du malade reste ordinairement satisfaisant. Ces angines sont bénignes et se terminent à peu près toujours par la guérison ; de plus, elles ne donnent pas la diphtérie aux enfants voisins.

Des recherches bactériologiques de MM. Wurtz et Bourges ont montré l'absence du bacille de Lœffler, et ont

permis de constater, au contraire, l'existance constante d'un streptocoque. C'est donc une infection secondaire, indépendante de la diphtérie, comme la clinique l'avait d'ailleurs établi déjà.

Conclusion : on doit faire avec soin l'antisepsie de la gorge au moyen de lavages répétés ; de plus, les malades doivent, autant que possible, être isolés ; surtout ils doivent être séparés du service de la diphtérie, pour éviter toute contamination secondaire.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE.

HUITIÈME SESSION.

Séance du 5 mai 1890.

La Société s'est réunie dans sa huitième session les 5, 6, 7 et 8 mai 1890. M. le professeur Panas, président du Comité directeur, souhaite la bienvenue aux membres qui ont répondu à l'appel du Comité et exprime les regrets de la Société pour MM. Otto Becker (d'Heidelberg) et Cuignet décédés depuis la dernière réunion de la Société. Il appelle au fauteuil de la présidence M. Anderson.

Traitement de la fistule lacrymale. — M. Venneman (de Louvain) traite la fistule lacrymale par les cautérisations à l'acide lactique. Il introduit par l'orifice cutané un petit tampon d'ouate imbibé d'acide lactique et pousse aussi loin que possible ; sous l'influence de ces cautérisations les fistules se cicatrisent rapidement.

Valeur de l'élongation des points lacrymaux. — M. Gillet de Grandmont trouve le plus souvent inutile, dans les affections des voies lacrymales, la section des orifices et des canalicules lacrymaux et il remplace cette opération par la simple dilatation des orifices. Toutes les fois qu'il n'existe pas de rétrécissement organique des voies lacrymales, il faut éviter les sondes métalliques et les remplacer par des irrigations antiseptiques. Il faut s'assurer que l'orifice inférieur du canal nasal n'est pas obstrué par la muqueuse du cornet ; dans ce cas il faudrait cautériser la muqueuse du cornet et pratiquer dans les fosses nasales des irrigations antiseptiques.

M. Armaignac n'a pas ouvert un canalicule lacrymal depuis dix ans. Cette opération lui paraît une mutilation inutile.

M. Abadie trouve que dans beaucoup de cas il faut avoir recours à l'extirpation de la glande lacrymale.

Paralysie essentielle et temporaire de la convergence chez les adolescents. — M. Grandclément (de Lyon) a observé chez les adolescents la paralysie essentielle de la convergence, déjà signalée chez les adultes par M. Parinaud. Chez les adolescents, cette paralysie essentielle est temporaire. Elle apparaît vers l'âge de 13 ou 14 ans, ressemble d'abord à une insuffisance des muscles droits internes, puis va en augmentant jusqu'à l'impuissance absolue de ces muscles pour la convergence, les mouvements d'adduction restant intacts. Les malades sont forcés de porter des verres convexes d'un numéro de plus en plus élevé. Vers l'âge de 18 ans ces phénomènes rétrogradent et les malades doivent repasser par les mêmes verres dans un ordre inverse ; ces phénomènes disparaissent complètement vers l'âge de 21 ans. C'est ainsi du moins que les faits se sont passés chez l'une des trois malades observées par M. Grandclément, les deux autres sont encore en traitement.

M. Parinaud. Ces faits sont surtout intéressants au point de vue des rapports de la paralysie de la convergence avec l'insuffisance des droits internes. En réalité ce que nous appelons l'insuffisance des muscles droits internes tient non pas à une faiblesse congénitale du muscle lui-même, mais à l'insuffisance de l'innervation de ces muscles pour la convergence, l'innervation de ces mêmes muscles pouvant être normale pour les mouvements de latéralité. Ce trouble a donc son siège non pas dans les muscles, mais dans le cerveau.

M. de Wecker. L'insuffisance des droits internes existe forcément dans les cas de myopie avec développement excessif de l'axe antéro-postérieur.

De l'intervention chirurgicale dans les blessures de l'œil avec pénétration de corps étrangers. Rapport. — M. Coppez (de Bruxelles). Les traumatismes oculaires avec pénétration de corps étrangers deviennent de plus en plus fréquents avec les progrès de l'industrie moderne. La présence du corps étranger dans l'œil se diagnostique par l'examen ophthalmoscopique quand les milieux sont transparents, et par la violence de la réaction inflammatoire. Pooley et Hirschberg ont montré la valeur de l'aiguille aimantée, mais cette aiguille, même appliquée au contact d'yeux énucléés contenant des corps étrangers, ne dévie pas toujours. Au contraire les galvanomètres de Wideman et de Thompson permettent de déceler sur le vivant des parcelles métalliques du poids de quelques miligrammes.

Lorsqu'on est en présence d'un malade ayant dans l'œil un corps étranger, il faut chercher à l'en débarrasser au plus vite, soit à l'aide de l'électro-aimant, soit au moyen de pinces et de curettes, après avoir agrandi la plaie si cela est nécessaire. Si la blessure a produit un prolapsus de l'iris, il est préférable pour le réséquer d'attendre que les symptômes inflammatoires aient disparu. Il faut également se tenir dans la réserve si le corps est enkysté dans la chambre antérieure.

Les corps étrangers métalliques ayant pénétré dans le cristallin peuvent donner à celui-ci, s'ils sont en fer, une couleur de rouille qui met sur la voie du diagnostic.

Le pronostic et le traitement dépendent des germes qui ont pu pénétrer avec le corps étranger. Le premier soin doit être de soustraire l'œil blessé aux agents infectieux de l'extérieur par une antisepsie rigoureuse. Lorsqu'on peut redouter une panophthalmie, il vaut mieux pratiquer l'énucléation immédiate. On peut, si les milieux ont conservé leur transparence, saisir et amener au dehors le corps étranger, mais quand il est difficile d'établir la localisation du siège du corps étranger l'énucléation est préférable. Quand le corps étranger est enkysté depuis longtemps, il faut faire de grandes réserves.

Pour que l'électro-aimant donne des résultats favorables, il faut que le corps étranger soit logé dans l'œil depuis très peu de temps et n'ait pas contracté d'adhérences ; il faut d'autre part que les milieux soient transparents. Dans les autres cas la seule intervention radicale est l'énucléation.

M. de Wecker pense que l'énucléation n'est justifiée que lorsque le congénère est menacé ou atteint d'ophthalmie migratrice. On peut traiter par des ponctions ou des tatouages des yeux qui paraissaient destinés à l'énucléation.

M. Abadie. Il faut intervenir rapidement surtout quand

il s'agit du plomb ou du cuivre. A l'aide d'injections dans le corps vitré avec une solution de sublimé à 1/500, M. Abadie a pu enrayer la marche de l'ophthalmie migratrice en détruisant les microbes sur place.

Appareil fascinateur. — M. de Wecker présente un appareil fascinateur, miroir rotatif perfectionné, qui lui a permis de guérir des blépharopasmes.

Séance du 6 mai. — Présidence de M. Terson (de Toulouse).

Des principaux antiseptiques employés en chirurgie oculaire et de leur action comparative. — M. Vacher (d'Orléans). Dans un grand nombre d'opérations, l'eau distillée bouillie peut suffire, mais dans un certain nombre de cas, il faut employer des médicaments antiseptiques et alors il faudrait, pour chaque affection, un microbicide spécial.

M. Motais recommande les étuves sèches qui peuvent porter les instruments à 140° et les désinfecter sans nuire à leur tranchant.

M. Bettremieux emploie des crayons où le sublimé est incorporé dans le beurre de cacao.

Considérations sur le traitement de l'ulcère de cornée à hypopion. — M. Bettremieux pratique dans ces cas l'iridectomie, même quand la chambre antérieure est pleine de pus.

M. Dufour. Il y a quinze ou vingt ans que l'iridectomie a été, pour la première fois, recommandée dans ces formes de kératite, mais elle ne remplace pas l'opération de Sœmisch.

De la cataracte secondaire au point de vue opératoire; rapport. — M. Dufour (de Lausanne) lit un rapport dont voici les conclusions : 1° l'opération de la cataracte secondaire n'est justifiée que si elle est garantie absolument contre des conséquences fâcheuses; 2° dans l'état actuel de la science elle peut être pratiquée dans des conditions telles que toute chance d'infection est écartée. Toutefois il faudra prendre garde aux causes possibles d'infection interne; 3° elle n'est indiquée que lorsque l'acuité visuelle est inférieure à 2/5 et lorsqu'il y a dans le champ pupillaire une pellicule pouvant expliquer cette diminution de vision; 4° il faut attendre au moins six ou sept semaines avant d'opérer la cataracte secondaire; 5° on emploiera l'aiguille à arrêt si la pellicule est simple, le couteau de Græfe s'il y a des adhérences iriennes, enfin la pince-ciseau de de Wecker pour la cataracte secondaire inodulaire; 6° l'aiguille à arrêt doit avoir des angles latéraux arrondis de façon à ne pas risquer de ramener avec elle des lambeaux capsulaires dans la plaie cornéenne.

M. Panas, dans les cataractes secondaires, fait l'extraction à l'aide d'une pince introduite par l'ancienne cicatrice de la cornée. L'opération ne produit aucune réaction; il n'en est pas de même des aiguilles de Bowman avec lesquelles on ne triture pas impunément le corps vitré. Dans les cas d'occlusion de la pupille par des membranes organisées adhérentes, il pratique l'irido-capsulotomie avec les pinces ciseaux de Wecker en ayant soin de faire la section perpendiculaire à l'ancienne incision.

La mydriase dite essentielle. — M. de Lapersonne. Certains cas de mydriase sont dus à l'irritation du sympathique, à l'inhibition du sphincter de l'iris par les fibres gassériennes du grand sympathique. L'existence d'un muscle dilatateur n'est pas démontrée; une intervention n'est nullement nécessaire.

M. Meyer. Lorsque la pupille est déjà dilatée dans la paralysie de la troisième paire, l'atropine augmente encore cette dilatation. Comment M. de Lapersonne peut-il expliquer ces faits sans l'intervention des fibres dilatatrices de la pupille ?

M. Panas. Après la section intra-cranienne de la troisième paire chez le lapin, la paralysie du nerf est bien complète et cependant on peut encore augmenter la dilatation de la pupille au moyen de l'atropine; c'est que l'atropine agit alors sur l'action nerveuse périphérique que les fibres musculaires avaient encore conservée.

Présentation d'une malade opérée depuis sept mois d'un tubercule de l'iris. — M. Terson. Chez cette jeune fille, le tubercule se trouvait situé à la périphérie de l'iris et dans son segment externe. Après l'excision, l'acuité visuelle s'est beaucoup améliorée et il n'y a pas eu de réaction inflammatoire.

Deux cas d'ophthalmie sympathique. — M. Teillais (de Nantes) a observé des faits montrant que des corps étrangers peuvent rester dans la région ciliaire sans produire d'accidents. L'ophthalmie sympathique se développe à l'occasion d'un traumatisme bénin, sans que l'on puisse expliquer cette complication par la présence d'un agent infectieux. On doit donc maintenir l'existence d'une ophthalmie sympathique d'origine ciliaire dont la marche est d'ailleurs complètement différente de celle de l'ophthalmie infectieuse.

Séance du 7 mai. — Présidence de M. de Wecker.

Du délire après l'opération de la cataracte. — M. Parinaud a observé trois fois cette complication que chez ses malades on ne pouvait attribuer ni à l'atropine ni à l'alcoolisme. Ce délire a tous les caractères de l'excitation maniaque et suppose chez les malades une prédisposition.

Intervention chirurgicale dans les cyclites circonscrites et le décollement de la rétine. — M. Galezowski, lorsque la cyclite amène une distension du globe de l'œil avec compression du nerf optique et excavation de la papille, quelquefois même un staphylome scléro choroïdien qui peut aller jusqu'à gêner les mouvements de l'œil, excise une partie de cette coque scléro-choroïdienne et il est ainsi parvenu à conserver le globe oculaire avec sa forme et sa vitalité.

Du traitement de la myopie progressive et du choix des verres correcteurs dans cette affection ; rapport. — M. Bravais (de Lyon) résume son rapport dans les conclusions suivantes :

I. — *Diagnostic.* Le degré seul de la réfraction ne peut suffire pour décider si une myopie restera ou non stationnaire. L'existence même du staphylome postérieur, ou le manque de netteté de sa délimitation, ne sont des indices ni certains, ni constants du caractère progressif de la myopie. Les autres signes *objectifs*, flocons du corps vitré, exagération de la tension, et *subjectifs*, diminution de l'acuité, asthénopie ou autres malaises douloureux, doivent servir à compléter le diagnostic.

II. — *Etiologie.* Il faut admettre pour la myopie une *prédisposition*, et celle-ci le plus souvent est *héréditaire*. Dans

les familles où règne déjà la myopie, l'examen des enfants s'impose d'une manière toute particulière et de bonne heure. Il est incontestable que la cause *déterminante* principale de la progression de la myopie se trouve dans l'application *prolongée* de la vue, sur des objets *rapprochés* et de *petite dimension*.

III. — *Pathogénie*. Les facteurs principaux mis en jeu dans ces circonstances sont l'*accommodation* et la *convergence*, il vient s'y joindre pour les augmenter encore l'état congestif de l'œil, et la fatigue même de la rétine. Le travail imposé à l'accommodation par la vision rapprochée peut occasionner le spasme du *muscle ciliaire* et comme conséquence soit simplement une myopie apparente et momentanée, que l'atropine fera cesser, soit plus lentement, un état de myopie vraiment progressive. L'atropine se trouvera donc indiquée : quelquefois dans le seul but de prendre la mesure précise de la réfraction, d'autres fois pour combattre plus longuement un spasme accommodatif permanent et nuisible. Plus importante encore paraît être l'influence de la *convergence* sur la progression de la myopie, et les muscles extérieurs de l'œil qui pressent inégalement sur le globe sont ici les agents de la déformation fâcheuse qu'il subit.

IV. *Traitement*. — *La ténotomie du muscle droit* externe, qui amène la détente du globe et facilite la vision binoculaire rapprochée, doit être conseillée chez les myopes dans beaucoup de cas d'insuffisance des droits internes. *L'avancement* musculaire ou capsulaire, qui produit l'effet inverse d'augmenter la force de la sangle musculaire, s'adresse au strabisme proprement dit mais nullement à la myopie progressive. La section du muscle petit, oblique, assez rationnelle, mériterait d'être à nouveau expérimentée. Lorsque la myopie s'accompagne de scléro-choroïdite postérieure, les troubles congestifs seront combattus par les dérivatifs, les verres teintés et surtout par le repos de l'organe ; en général la marche, les promenades seront très utiles. L'exagération de tension intra-oculaire pourra être traitée par les paracentèses ou la sclérotomie. L'iridectomie ne devra que bien exceptionnellement être conseillée. Pour le choix des verres, il est difficile, vu la variété innombrable des cas, de poser des règles précises, mais l'on devra toujours avoir présente à l'esprit la loi qui domine les asthénopies; nos appareils organiques, qu'ils soient musculaires ou nerveux, ne fonctionnent d'une manière durable que s'ils ne dépensent à la fois qu'une fraction de leur force totale. La quote disponible qu'ils doivent garder en réserve serait à peu près 1/4 pour l'accommodation, 2/3 pour la convergence 1/2 pour l'acuité visuelle. Telle quote part peut varier avec la santé générale. Dans les degrés faibles de myopie de 1 à 3 dioptries, des verres correcteurs pourront être utiles pour le travail lorsque l'acuité sera parfaite, mais la convergence paresseuse. Ils seront au moins inutiles, si avec une convergence facile l'acuité ne se trouve pas très bonne. Si l'on a en même temps acuité et convergence en déficit, les verres négatifs ne suffiront pas ou seront nuisibles; il faudra s'adresser aux verres prismatiques, ou à la ténotomie. On pratiquera l'opération si la divergence facultative dépasse un prisme abducteur de 6°, 8°, et surtout 10°. Au-dessous de cette mesure de divergence des prismes à base en dedans, variant de 2° à 5°, seront prescrits. Chez les myopes de 4 à 9 dioptries quand il s'agira de la lecture, on donnera généralement pour soulager la convergence sans pratiquer l'accommodation des verres négatifs incomplètement correcteurs, ne transportant le *punctum remotum* qu'à 0,25 ou 0,40 centimètres suivant l'acuité visuelle. Plus souvent encore, dans ces hauts degrés, la ténotomie ou les prismes auront à être discutés ou associés aux lunettes concaves. L'astigmatisme doublement fâcheux, en troublant l'accommodation et l'acuité, sera toujours corrigé aussi complètement que possible. Dans les cas les plus élevés il sera préférable de ne pas remédier à la divergence, la vision monoculaire étant moins dangereuse pour le myope ; le choix du verre se bornera à porter le remotum à la distance qui sera la plus commode pour les occupations que l'acuité de l'œil pourra permettre.

Traitement de la myopie progressive par le reculement tendineux et aponévrotique. — M. Motais lit un travail dont voici les conclusions : 1° aucune amélioration dans le degré de la myopie ; 2° arrêt de la progression de la myopie, total chez 8 malades, relatif chez 4, nul chez 2. Les opérations remontent de 1 à 4 ans ; 3° chez les malades, l'acuité visuelle s'est relevée peu à peu de 1 à 2/10 jusqu'à une quinzaine de jours chez un malade et s'est maintenue depuis à ce chiffre. Sur 6, l'acuité très largement augmentée n'a pas diminué. Sur 2 malades, l'acuité diminue lentement, sans progression appréciable du degré de la myopie. Sur 2 autres, tous les symptômes myopiques se sont aggravés rapidement sans la plus légère modification. Chez ces deux malades, chez lesquels la marche de la myopie est restée maligne, j'ai noté l'hérédité jusqu'à la 5e génération dans un cas, jusqu'à la 3e dans l'autre. Dans les cas d'amélioration nette, c'est-à-dire 10 fois sur 14, les malades ont accusé la disparition ou une diminution notable des troubles visuels et la douleur si pénible chez les myopes après le travail. Tous ces malades ont pu continuer un travail qui leur était indispensable. La ténotomie leur a rendu un service précieux.

Diagnostic de la prédisposition à la myopie. — M. Nuel (de Liège) a trouvé dans 29 cas de myopie forte, au-dessus de 7 dioptries, une disposition particulière de la papille et des vaisseaux centraux de la rétine qui ne se rencontre ni chez les hypermétropes, ni chez les emmétropes. Les vaisseaux centraux de la rétine, au lieu de se diriger en haut et en bas, prennent dès leur émergence une direction temporale plus ou moins prononcée. Il y a une excavation physiologique de la papille allant jusqu'à son bord externe qui est en général suivie d'une atrophie semi-lunaire de la choroïde.

M. Dor pense qu'il faut corriger la myopie dès la plus tendre enfance et la corriger d'une façon permanente en prescrivant non un pince-nez, mais des lunettes, et en corrigeant l'astigmatisme.

M. Javal. Il est bon de ne pas soumettre à un exercice exagéré l'accommodation chez les myopes. La question est de savoir quelles sont, parmi les myopies, celles qui doivent progresser ou non. Je ne crois pas qu'il y ait des cas où la ténotomie arrête la myopie, les prescriptions nécessaires faites antérieurement auraient donné les mêmes résultats.

M. Vacher a enlevé deux fois et avec de bons résultats le cristallin dans des cas de myopie excessive.

M. Parinaud on ne tient généralement pas assez compte de l'évolution naturelle de la myopie, de l'hérédité et de

l'influence de la puberté; souvent la myopie s'arrête spontanément dans son développement sans qu'il faille attribuer ce résultat au traitement institué.

M. Gillet de Grandmont trouve que les enfants myopes sont souvent lymphatiques, scrofuleux et que le traitement général est alors indiqué.

Traitement du décollement de la rétine. — M. Abadie a modifié le manuel opératoire de son traitement du décollement de la rétine; il se sert pour la ponction et l'injection d'un couteau sur le dos duquel est adaptée l'aiguille d'une seringue et qui s'adapte sur la seringue de Pravaz ordinaire. L'amélioration se fait lentement et progressivement après l'injection de la solution de teinture d'iode iodurée; il est quelquefois nécessaire d'y revenir une seconde fois et même une troisième.

M. Boé (d'Agen) croit qu'il faut se tenir sur la réserve et attendre une période de temps assez longue pour juger de la nature de ces injections.

M. Panas trouve également que la question n'est pas assez connue pour porter un jugement définitif. Il injecte le liquide avec une seringue de Pravaz après avoir fait la ponction au moyen d'un couteau de Græfe sur lequel est pratiquée une rainure.

M. Chibret. Un bon nombre de décollements sont dus au rhumatisme. Ulrich s'est bien trouvé de l'emploi continu du salicylate de soude.

Un nouvel ophtalmoscope optomètre. — M. Leroy présente un nouvel instrument ayant pour but de supprimer le jeu de sa propre accommodation dans la mensuration des amétropies par l'image droite.

MEMENTO PRATIQUE

Injections de lanoline dans la blennorrhagie. — Le Dr Stern, cité par les *Annales de Dermatologie*, partant de ce fait que la lanoline adhère parfaitement aux muqueuses, l'emploie en injections en l'additionnant d'une forte quantité d'huile. Voici trois formules qu'il emploie habituellement :

1°	Lanoline anhydre.	25 grammes.
	Huile d'amande douce.	75 —
2°	Sulfate de zinc.	50 centigr.
	Lanoline anhydre.	20 grammes.
	Eau.	4 gr. 50 cent.
	Huile d'amande douce.	75 grammes.
3°	Acide salicylique.	0 gr. 25 cent.
	Huile d'amande douce.	75 grammes.
	Lanoline anhydre.	25 grammes.

On laisse la première de ces injections de cinq à dix minutes dans l'urèthre; elle a une action antiphlogistique; aussi l'auteur la prescrit-il dans la période très aiguë, puis il ajoute, au bout de huit à dix jours, un antiseptique ou un astringent, et il termine le traitement par une injection d'une solution aqueuse de résorcine à 1 1/2 p. 100. Ces injections de résorcine sont efficaces dans l'uréthrite antérieure.

Traitement de l'iodisme. — D'après les Drs Buchmann et Malachkowski les accidents iodiques ayant pour origine la mise en liberté de l'iode dans les tissus, on doit, pour combattre l'iodisme, alcaliniser les humeurs de l'organisme. Appuyés sur cette vue théorique, ils administrent donc systématiquement deux doses quotidiennes de 7 à 10 grammes de bicarbonate de soude.

Depuis 1887, ils font usage de cette médication avec un constant succès. D'ailleurs les iodures alcalins sont toujours mieux tolérés par les malades quand on les fait véhiculer par une eau minérale alcaline. (*Thérap. monat.*, déc., 1885.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Refus d'un médecin à obtempérer aux réquisitions judiciaires.

Il y a quatre mois nous avons reproduit le jugement de Neuville-sur-Saône (Rhône), condamnant le Dr Grabinski à 6 francs d'amende pour avoir refusé de se rendre à la réquisition d'un adjoint de la commune. Ce jugement étant frappé d'appel, l'affaire est venue la semaine dernière devant la Cour de Lyon qui a rendu l'arrêt suivant :

Attendu que s'il a été jugé souverainement qu'un médecin peut refuser son concours quand il s'agit de constater une mort dont la cause est connue, comme par exemple dans le cas où un individu a été tué par accident sur une grande route, ou par la chute d'un ballot de marchandise, il n'en est plus de même lorsqu'un médecin est requis pour donner son avis sur la cause de la mort d'un individu dont le cadavre vient d'être découvert dans les eaux d'une rivière.

Que dans ce dernier cas, la cause de la mort n'est pas au moment de la découverte du cadavre suffisamment établie; que le doute sur la question de savoir si la mort est naturelle ou le résultat d'un crime est possible.

Que de plus la découverte inopinée du cadavre constitue ainsi que cela a été également jugé souverainement le cas de flagrant délit.

Attendu que le Dr Grabinski a sans motifs légitimes refusé d'obéir à la réquisition qui lui a été faite régulièrement et en vertu de l'article 44 du code d'instruction criminelle, par M. l'Adjoint au maire de Neuville, agissant en qualité d'officier de police judiciaire, et ainsi commis la contravention prévue et punie par l'article 475 § 12 du code pénal.

Adoptant au surplus les motifs du premier juge,

Le Tribunal,

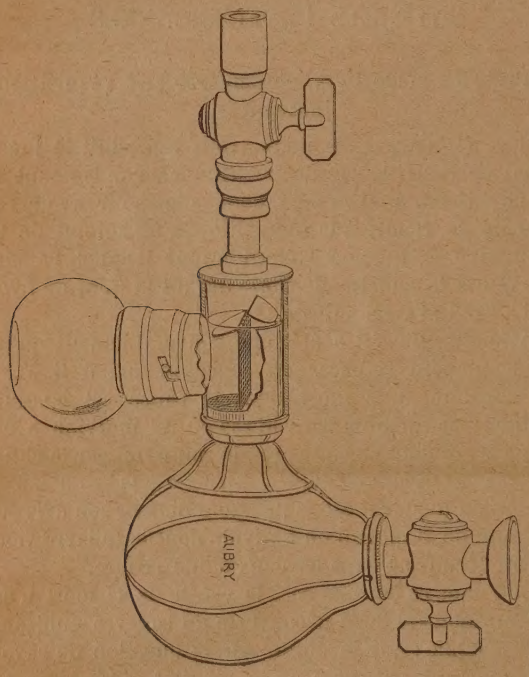
Vu les articles 44 du code d'instruction criminelle et article 475 § 12 du code pénal.

Dit qu'il a été bien jugé, mal appelé du jugement rendu par M. le Juge de paix du canton de Neuville, en date du 7 novembre dernier, et que ledit jugement sortira son plein et entier effet.

Condamne Grabinski à l'amende et aux dépens.

INSTRUMENTS NOUVEAUX.

Nouvel aspirateur à graviers, du Dr Edmond Wickham, ancien aide d'anatomie. — A la séance du 30 avril dernier de la Société de la chirurgie, M. Horteloup a présenté, au nom de l'un de ses anciens internes, M. Ed. Wickham, un aspirateur à graviers. Cet appareil diffère de celui employé journellement par le professeur Guyon en ce que les fragments calculeux



une fois aspirés ne sont pas susceptibles d'être réintroduits à nouveau dans la vessie ; ce résultat est obtenu au moyen de deux soupapes superposées et d'un grillage en forme d'L. Un simple coup d'œil jeté sur la figure ci-dessus permet de comprendre le mécanisme. L'aspiration se fait à travers la grille, comme dans l'aspirateur Guyon, mais la grille a une étendue de beaucoup plus grande : l'engorgement des mailles n'est donc pas à craindre. La réplétion absolue est aisément effectuée, et, vu la simplicité de la construction, les diverses pièces se démontent sans difficulté, ce qui assure une rigoureuse asepsie. Dans ces derniers temps, à l'étranger comme en France, plusieurs chirurgiens ont fait construire des appareils dans le but de remédier au défaut signalé à propos de celui du professeur Guyon, mais tous sont très complexes. Nous croyons donc que l'aspirateur du Dr Wickham est supérieur à ceux employés jusqu'à ce jour.

NOUVELLES

Maison nationale de Charenton. — Le concours pour l'internat de Charenton s'est ouvert le mardi 22 avril, sous la présidence de M. le Dr Napias, inspecteur général, assisté de MM. Drouineau, inspecteur général; Christian, Ritti et Damalix, médecins et chirurgien de la maison nationale. Cinq candidats s'étaient fait inscrire et ont pris part à toutes les épreuves : La question écrite au sort, a été : « Nerf cubital ». Les autres questions restées dans l'urne étaient : « Dure-mère crânienne et nerf pneumogastrique. Pour la question orale elle a été : « Symptômes et diagnostic de la rougeole; » — « Cathétérisme de l'œsophage ». Etaient restées dans l'urne les deux suivantes : « Etiologie de la fièvre typhoïde et rétention d'urine; » — « Diagnostic de la pneumonie franche et luxation de la mâchoire inférieure ». Trois candidats sealement ont été déclarés admissibles; deux sont entrés en fonctions immédiatement.

Corps de santé militaire. — Ecole du service de santé. — Par décision du 9 mai 1890, le ministre de la guerre a fixé ainsi qu'il suit le nombre des candidats à admettre cette année à l'Ecole du seruice de santé militaire :

Candidats à 8 inscriptions, 15 ;

Candidats à 4 inscriptione, 65.

On rappelle que pour la dernière cette année les candidats à 8 inscriptions sont admis au concours.

Médecins-députés. — M. le Dr Isambart, de Pacy-sur-Eure, conseiller général de son canton, a été élu dimanche dernier député du département de l'Eure.

Distinctions universitaires. — M. le docteur Doze (de Draguignan) est nommé officier d'Académie.

L'**Association des médecins de la Seine**, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu dimanche sa 57e Assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Barth, a donné lecture du compte-rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 55,897 francs dont 17,682 fournis par les cotisations, 3,765 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru quatre sociétaires, cinquante-sept veuves ou familles de sociétaires, enfin trente autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, deux pensions viagères de 1,200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 43,800 fr. Une somme de 10,200 fr. a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du Bureau pour le prochain exercice ; ont été réélus : Président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — La séance annnelle de cette Société a eu lieu le 13 avril. M. le docteur Verdalle, trésorier, a donné les chiffres suivants comme représentant la situation au 12 avril 1890 :

Recettes. — Cotisations, 219,297 fr. 35; dons, 3,150 fr.; profits et pertes, 448 fr. 28 ; intérêts des valeurs, 24,318 fr. 15; remboursements et amortissements, 493 fr. 90. Total 247,707 fr. 68.

Dépenses. — Portefeuille, 236,217 fr. 40; frais généraux, 7,808 fr. 63; remboursement, 2,896 fr. 60; reste en caisse, 784 fr. 75. Total 247.707 fr. 68.

Le budget pour l'année 1890 sera d'environ 260.000 fr. M. Verdalle, constatant les résultats obtenus jusqu'ici par la Société, s'exprime ainsi :

« En résumé, la caisse des pensions de retraite du corps médical français marche d'un pas soutenu vers le but que ses fondateurs se sont proposé. Tous les ans elle augmente son capital d'une somme de 40.000 francs environ ; ses revenus augmentent tous les ans et arrivent cette année à près de 9,000 francs de rente. Dans quatre ans, elle servira ses premières retraites. L'œuvre est fortement assise ; elle marche ; elle vivra. »

Sénat. — Le docteur Chavanne, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ancien député du Rhône, vient d'être nommé médecin du Sénat, en remplacement du docteur Claudel, décédé.

La coqueluche à Paris. — Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a discuté dans sa dernière séance les conclusions du rapport de M. le Dr Ollivier sur la coqueluche à Paris.

M. Ollivier a rappelé combien la coqueluche était répandue à Paris. Ainsi, en 1889, elle a fait 520 victimes :

De 0 à 1 mois..	13
De 1 mois à 1 an.....	207
De 1 an à 2 an.....	142
De 2 ans à 5 an.....	142
De 5 à 10 ans.....	16
	520

Bien que les tableaux statistiques n'indiquent aucun décès au delà de 10 ans, on sait que la coqueluche atteint cependant les adultes et les vieillards. Toutefois, dans les préoccupations relatives à la prophylaxie, les jeunes enfants doivent cependant occuper la première place.

Le conseil a voté les conclusions suivantes :

La coqueluche est très grave pour les enfants de moins de deux ou affaiblis par n'importe quelle cause.

La maladie est contagieuse.

Lorsqu'un cas se montre dans une famille, il est indispensable d'isoler le malade ; cet isolement sera continué quinze jours au moins après la disparition des quintes convulsives, et mieux jusqu'à la disparition complète de la toux.

Il convient d'isoler les enfants atteints de coqueluche. Cet isolement s'impose pour les hôpitaux d'enfants.

La **Société française de tempérance** a tenu sa séance solennelle le 27 avril 1890, sous la présidence de M. Charles Muteau, conseiller à la Cours d'appel de Paris. Après avoir entendu l'allocution de M. Charles Muteau, le rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre par M. le docteur A. Motet, le rapport de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné : Une médaille de vermeil à MM. H. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, comme témoignage de la reconnaissance du Conseil d'administration de la Société pour le concours que M. Henri Monod veut bien lui prêter, et à M. Nicolas Harmant, chef de service à Choisy-le-Roi, 137 diplômes de membre associé honoraire ; 13 médailles d'argent ; 445 médailles de bronze ; 181 diplômes de témoignage de satisfaction ; 10 livrets de caisse d'épargne postale d'une importance totale de 120 francs, avec diverses publications de la Société et 1,320 exemplaires de l'Avis de l'Académie de médecine.

Elle a décerné, en outre, un prix de 100 francs à M. Bauvoisin, instituteur à Villy-Bocage (Calvados), au nom de l'ancienne Société contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques et a offert au ministre de l'instruction publique, pour les lecteurs de la Bibliothèque de la salle Colbert à la Bibliothèque Nationale, la collection complète des *Bulletins* de la Société.

Intérêts professionnels. — Dimanche, 20 avril, un certain nombre de médecins de la Seine se sont réunis à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, sur une convocation de M. le docteur Lameau. Cette réunion, présidée par M. Bourneville, décida de nommer une commission pour examiner le projet de loi concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie, présenté à la Chambre par M. Lockroy. Cette Commission, composée de MM. Bernheim, Lameau-Pelletier, Rondeau et Toledano, s'est réunie et s'est dissoute immédiatement, parce qu'elle a estimé que le mouvement provoqué par M. Lameau ne lui appartenait à aucun titre et que ce rôle revenait de droit aux différentes sociétés médicales déjà constituées, qui d'ailleurs se sont déjà occupées de cette question.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Duplay commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 20 mai à 9 heures 1/2 dans l'amphithéâtre de la Charité.

Mardi-Vendredi : Leçon clinique. — Mercredi : Examen des malades. — Jeudi : Opérations. — Samedi. Gynécologie. — Lundi : Démonstration clinique par le Dr Rochard, chef de clinique (amphithéâtre de la clinique, 10 h. 1/4.

Nécrologie. — Le Dr Magnus Huss, ancien professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Stockolm, bien connu par ses recherches sur l'alcoolisme. — Le Dr Cuignet, ancien professeur d'ophthalmologie à la Faculté de médecine de Lille et médecin principal de l'armée, en retraite, décédé à l'âge de 64 ans; Cuignet a publié d'importants travaux en ophthalmologie; on lui doit surtout la découverte de la kératoscopie. — Le Dr Burlureaux père, médecin-major de première classe, en retraite, officier de la Légion d'honneur. — Le Dr Antonin Martin, de Paris, médecin-major de première classe, en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 64 ans. — Le Dr Claudel, médecin-principal de l'armée, en retraite, médecin du Sénat, officier de la Légion d'honneur. — Le Dr Vernhes, député de l'Hérault, est mort avant-hier mercredi, à l'âge de 70 ans, dans son appartement du boulevard Saint Germain. Notre confrère était malade depuis quelque temps déjà et n'avait pas occupé son siège depuis l'ouverture des Chambres. Né à Béziers, il fut proscrit au 2 Décembre, fut nommé sous-préfet par le gouvernement de la défense nationale; élu député par ses compatriotes en 1876, il fut constamment réélu depuis cette époque. Il siégeait à l'extrême-gauche.

—

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

AVIS AUX EDITEURS. — Tout ouvrage dont il sera envoyé un exemplaire sera annoncé.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé, s'il y a lieu.

Les aliénés et les Asiles d'aliénés (assistance, législation et médecine légale), par le Dr Jules Falret, médecin de la Salpêtrière. Paris, 1890, 1 vol. in-8° de 564 pages, 8 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Résultats de quatre-vingts opérations de cataracte (aspect de l'image papillaire un certain temps après l'opération), par le Dr A. Bourgeois (de Reims). In-8 de 24 pages avec tableaux et une planche, 1 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De la stérilisation par l'eau bouillante des instruments d'oculistique, par le Dr Bourgeois (de Reims). Brochure in-8 de 12 pages avec figures, 1 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De la kystectomie dans l'opération de la cataracte, par le Dr A. Bourgeois (de Reims). In-8° de 8 pages avec figures, 50 centimes. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité de médecine légale militaire. Conseil de révision et opérations médicales du recrutement. — Mode de répartition des militaires malades (visites régimentaires, etc.)— Réformes et retraites. — Rédaction des certificats et rapports. — Maladies simulées et maladies méconnues. — Responsabilité. Déontologie des médecins de l'armée, etc. par le Dr Em. Duponchel, médecin-major de première classe, etc. Un volume in-12 cartonné diamant de 700 pages, avec figures, 8 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Dictionnaire de médecine à l'usage des assurances sur la vie, par le Dr L. Mareau, médecin expert des compagnies d'assurances. Un vol. in-12 cartonné de 450 pages, avec une préface de M. Edouard Vernot, 7 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Code-manuel des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, par le Dr Lucien Collin, médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé du gouvernement milaire de Paris. Un vol. in-12 de 200 pages, 2 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité d'anatomie humaine (Anatomie descriptive, histologie, développement), par L. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de Lyon, avec la collaboration pour l'histologie et l'embryologie de MM. G. Ferré, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, L. Vialleton, professeur agrégé à la Faculté de Lyon. Tome second, 1er fascicule : Angeiologie. Un volume grand in-8 de 300 pages, avec figures dans le texte, dessinées par G. Devy, dont 107 tirées en plusieurs couleurs, 8 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par le Dr Em. Berger. Brochure in-8 de 80 pages, 2 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Recherches expérimentales de calorimétrie animale (mesure de la radiation calorique et des combustions respiratoires), par le Dr C. Sigalas, pharmacien de première classe. Brochure in-8 de 75 pages, 3 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'Adénie, sa nature infectieuse, par le Dr A. Guillermet, Paris, 1890, br. gr. in-8 de 116 pages. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Du traitement des kystes hydatiques du foie. Méthode électrique de Bouveret, par le Dr Louis Minjard Paris, 1890, br. gr. in-8 de 75 pages, 2 fr. Libr. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, directeur Jules Rochard, livre II, fascicule IX, chapitre III Boissons, par le Pr Riche, 1 vol. in-8, 3 fr. 50. Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

L'impuissance sexuelle chez l'homme et la femme, par le Pr W. A. Hammond, 1 vol. in-8, 3 fr. 50. Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

De l'Acromégalie, maladie de Marie, par le Dr Souza-Leite, 1 vol. in-8, avec 162 figures intercalées dans le texte, 7 fr. Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Bulletin de la mortalité *du 4 au 10 mai* 1890. — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 3 — Rougeole, 30. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 9 — Diphtérie, Croup, 43. — Phthisie pulmonaire, 231. — Autres tuberculoses, 32. — Tumeurs cancéreuses et autres, 62.

Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 39. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 3. — Maladies organiques du cœur, 46.

Bronchite aiguë et chronique, 33. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 82.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 79.

Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1

Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 31. — Suicides et autres morts violentes, 39. — Autres causes de mort, 177. — Causes inconnues, 9.

Nombre absolu de la semaine : 1076. — Résultat de la semaine précédente : 1094.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc

MAGNÉSIE ROY, sel de magnésie alcalin soluble.

NUTRITION DES ENFANTS. Farine Vigier.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.